

# ATTESTATION DE PRESENCE ET DE PAIEMENT

Mois \_\_\_\_\_ Année \_\_\_\_\_

Nom \_\_\_\_\_ N° dossier \_\_\_\_\_

CDI  CDD  FORMATION HORS TEMPS TRAVAIL

Intitulé de la formation \_\_\_\_\_

## VOIR LA FEUILLE D'EMARGEMENT AU VERSO ▶

| À remplir obligatoirement pour chaque jour |                            |  |                           |
|--|----------------------------|--|---------------------------|
| LE CENTRE DE FORMATION                     |                            | FONGECIF                               |                           |
| Date                                       | Nombre d'heures théoriques | Nombre d'heures de stage en entreprise | Cadre réservé au Fongecif |
| 1  |                            |  |                           |
| 2  |                            |  |                           |
| 3  |                            |  |                           |
| 4  |                            |  |                           |
| 5  |                            |  |                           |
| 6  |                            |  |                           |
| 7  |                            |  |                           |
| 8  |                            |  |                           |
| 9  |                            |  |                           |
| 10   |                            |  |                           |
| 11   |                            |  |                           |
| 12   |                            |  |                           |
| 13   |                            |  |                           |
| 14   |                            |  |                           |
| 15   |                            |  |                           |
| 16   |                            |  |                           |
| 17   |                            |  |                           |
| 18   |                            |  |                           |
| 19   |                            |  |                           |
| 20   |                            |  |                           |
| 21   |                            |  |                           |
| 22   |                            |  |                           |
| 23   |                            |  |                           |
| 24   |                            |  |                           |
| 25   |                            |  |                           |
| 26   |                            |  |                           |
| 27   |                            |  |                           |
| 28   |                            |  |                           |
| 29   |                            |  |                           |
| 30   |                            |  |                           |
| 31   |                            |  |                           |
| Total du mois                              | H1*                        | H                                      | H                         |

**Le centre de formation :** s'engage à envoyer cette attestation **avant le 5 de chaque mois**, soit à l'employeur pour les salariés en CDI soit au Fongecif Réunion pour les salariés rémunérés par le Fongecif.

Nom \_\_\_\_\_

Qualité \_\_\_\_\_

Date \_\_\_\_\_ Cachet - Signature :

Nom \_\_\_\_\_

Qualité \_\_\_\_\_

Date \_\_\_\_\_ Cachet - Signature :

Nom \_\_\_\_\_

Qualité \_\_\_\_\_

Date \_\_\_\_\_ Cachet - Signature :

## STAGE EN ENTREPRISE

À compléter par l'organisme de formation

Nom et adresse de l'entreprise d'accueil

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

## JOINDRE LA CONVENTION DE STAGE

## À REMPLIR PAR L'ORGANISME DE FORMATION

### FACTURATION DES FRAIS DE FORMATION

Raison sociale \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

Code postal \_\_\_\_\_ Ville \_\_\_\_\_

N° SIRET \_\_\_\_\_

N° de facture du centre \_\_\_\_\_

\* Nombre d'heures de formation théorique (H1) \_\_\_\_\_

Taux horaire TTC pris en charge (T) \_\_\_\_\_

Montant demandé TTC (H1 x T) \_\_\_\_\_

## RESERVE AU FONGECIF REUNION

Frais de transport \_\_\_\_\_

Salaire \_\_\_\_\_

Date \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Les signataires certifient l'exactitude des éléments mentionnés**

**L'employeur :** (joindre le bulletin de salaire)

**Le stagiaire**

Nom \_\_\_\_\_ Prénom \_\_\_\_\_

| JOURS | MATIN (Signatures) |           |                  | APRES-MIDI (Signatures) |           |                  |
|-------|--------------------|-----------|------------------|-------------------------|-----------|------------------|
|       | HORAIRES           | STAGIAIRE | FORMATEUR/TUTEUR | HORAIRES                | STAGIAIRE | FORMATEUR/TUTEUR |
| 1     |                    |           |                  |                         |           |                  |
| 2     |                    |           |                  |                         |           |                  |
| 3     |                    |           |                  |                         |           |                  |
| 4     |                    |           |                  |                         |           |                  |
| 5     |                    |           |                  |                         |           |                  |
| 6     |                    |           |                  |                         |           |                  |
| 7     |                    |           |                  |                         |           |                  |
| 8     |                    |           |                  |                         |           |                  |
| 9     |                    |           |                  |                         |           |                  |
| 10    |                    |           |                  |                         |           |                  |
| 11    |                    |           |                  |                         |           |                  |
| 12    |                    |           |                  |                         |           |                  |
| 13    |                    |           |                  |                         |           |                  |
| 14    |                    |           |                  |                         |           |                  |
| 15    |                    |           |                  |                         |           |                  |
| 16    |                    |           |                  |                         |           |                  |
| 17    |                    |           |                  |                         |           |                  |
| 18    |                    |           |                  |                         |           |                  |
| 19    |                    |           |                  |                         |           |                  |
| 20    |                    |           |                  |                         |           |                  |
| 21    |                    |           |                  |                         |           |                  |
| 22    |                    |           |                  |                         |           |                  |
| 23    |                    |           |                  |                         |           |                  |
| 24    |                    |           |                  |                         |           |                  |
| 25    |                    |           |                  |                         |           |                  |
| 26    |                    |           |                  |                         |           |                  |
| 27    |                    |           |                  |                         |           |                  |
| 28    |                    |           |                  |                         |           |                  |
| 29    |                    |           |                  |                         |           |                  |
| 30    |                    |           |                  |                         |           |                  |
| 31    |                    |           |                  |                         |           |                  |

Nom du signataire ci-dessus \_\_\_\_\_  
 Qualité \_\_\_\_\_

Date \_\_\_\_\_

Cachet de l'organisme de formation :

Nom du signataire ci-dessus \_\_\_\_\_  
 Qualité \_\_\_\_\_

Date \_\_\_\_\_

Cachet de l'entreprise d'accueil en stage pratique :